UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954. — N° 151

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES STÉNOSES URÉTÉRALES INFÉRIEURES PAR VÉSICULITES TUBERCULEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 28 juillet 1954

PAR

Jacques-Joseph-Marie CERUTTI

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales.
Externe des Hôpitaux.

Né à GRASSE (Alpes-Maritimes), le 3 décembre 1928.

Examinateurs de la Thèse

MM. DARGET, professeur ..... *Président.*
REBOUL, professeur .....
CHAVANNAZ, agrégé ..... *Juges.*
LANGE .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1954

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1954. — N° 151

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES STÉNOSES URÉTÉRALES INFÉRIEURES PAR VÉSICULITES TUBERCULEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 28 juillet 1954

PAR

Jacques-Joseph-Marie CERUTTI

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Externe des Hôpitaux.

Né à GRASSE (Alpes-Maritimes), le 3 décembre 1928.

Examinateurs de la Thèse

MM. DARGET, professeur ..... *Président.*
REBOUL, professeur .....
CHAVANNAZ, agrégé ..... *Juges.*
LANGE .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.

DOYEN : M. PORTMANN.

ASSESSEUR : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	Pathologie générale et expérim...	SARIC.
id.	BROUSTET.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clin. médic. et des malad. infect.	AUBERTIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie	DUFOUR.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Anatomie générale et histologie.	MAYER.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Chimie	MESNARD.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	TRAISSAC.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Hydrologie thérapeut. et climat.	DUBARRY.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

BLANQUET (Physique pharmaceutique).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER. QUILICHINI.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.
Anatomie pathologique	LEGER.	Biochimie médicale	NEUZIL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie expérimentale	FAURE.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN. LENG-LÉVY. MORETTI. LAVIGNOLLE.	Obstétrique	CHASTRUSSE. FAUGÈRE.
		Ophtalmologie	BESSIÈRE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chirurgie générale	LAUMONIER. CHAVANNAZ. VILLAR. TINGAUD. DEPAULIS.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
		Méd. légale et méd. du Travail.	L'ÉPÉE.
		Electroradiologie	LACHAPÈLE.
		Odonto-stomatologie	BENOIT.
		Urologie	LANGE.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. R. STOLL (Histologie).

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Accouchements	CHASTRUSSE.	Chimie biologique-analytique	MARQUEVIELLE.
Puériculture	VERGER.	Chimie analytique	BABIN.
id.	PÉRY.	Pathologie chirurgicale	VILLAR. LAUMONIER.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.		
Anatomie	CABANIÉ.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Cryptogamie	LAUBIE.	Physiologie	BENELLI
Obstétricie sociale	MAHON.		

Le Secrétaire principal de la Faculté . ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance
pour sa vie de courage et d'abnégation.

A MON FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MA FEMME

Dont l'affectueuse présence m'est une aide précieuse.

Gage de ma tendresse et de mon amour.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MM. LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Médecin général TABET,

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des colonies,
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé publique,
Officier du Mérite maritime.

A Monsieur le Médecin chef de 1re classe CONSTANS,

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des colonies,
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1939-1945.

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur J. LANGE

Agrégé d'Urologie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude pour ses précieux conseils qui ont beaucoup facilité notre tâche.

Monsieur le docteur J. CHAVANNAZ

Agrégé de Chirurgie générale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société Internationale de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de Guerre 1914-18 et 1939-40,
Officier d'Académie.

Monsieur le Professeur REBOUL

Professeur d'Electro-Radiologie et de Clinique d'Electricité Médicale,
Docteur ès Sciences,
Membre de l'Université d'Harvard,
Officier d'Académie.

Nous les remercions d'avoir bien voulu examiner ce modeste travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DARGET

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Votre remarquable enseignement nous a incité à vous demander de bien vouloir nous confier cette thèse.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter et de nous apporter vos précieux conseils dans son élaboration.

L'exemple que vous nous avez toujours donné dans l'accomplissement de votre tâche a fait notre admiration.

En témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

STÉNOSES URÉTÉRALES INFÉRIEURES

PAR VÉSICULITES TUBERCULEUSES

INTRODUCTION

La conception de la maladie tuberculeuse uro-génitale, liant entre eux les foyers tuberculeux parenchymateux (rein sécréteur, prostate, testicule), cavitaires (bassinet et vessie), canaliculaires (uretère, urètre, voie spermatique sur toute sa longueur), est celle d'une maladie d'appareil, notion moderne.

Ainsi, l'importance du retentissement des lésions de la voie excrétrice sur l'appareil sécréteur n'a-t-elle pris que récemment toute sa valeur.

L'étude anatomique de la tuberculose urétérale a donné lieu à de nombreux travaux. Ceux de Fisher en 1892, de Halle et Motz en 1906, de Rafin et Boeckel en 1914, de Lorin en 1924, et de Dossot en 1931, sont les plus connus.

Les anciens auteurs, parmi lesquels Guyon, Bazy, Legueu, Papin et Verliac, considéraient l'extension des lésions à la voie excrétrice comme fatale et facteur négligeable dans la tuberculose rénale. La sténose urétérale était même envisagée comme un mode de guérison.

Pourtant, Albarran, Heitz-Boyer et Braun avaient attiré l'attention sur les conséquences pour le rein de l'atteinte de la voie excrétrice.

L'opinion actuelle accorde, elle, une place prépondérante à ces lésions.

Suivant l'expression de Couvelaire, si l'atteinte du rein est « l'atteinte pivot » d'où découlent les lésions de l'appareil sous-jacent, ce sont à leur tour ces lésions du « bas-appareil » qui conditionnent dans une large mesure l'évolution de la maladie.

Couvelaire, Cibert, Fey, Kuss, ont montré que l'uretère est exceptionnellement indemne. Les lésions prédominent aux deux extrémités : près du bassinet et près de la vessie. La vessie est également très souvent touchée (85 % des cas) et interviendrait à son tour dans un grand nombre de rétrécissements de la partie terminale de l'uretère par le phénomène dit « d'intra-murite ».

De même, les rapports pathologiques de l'appareil génital profond, et en particulier des vésiculites, avec la partie terminale de l'uretère sont connus depuis le début du siècle.

Carson rappelle qu'une obstruction urétérale due à une vésiculite séminale fut tout d'abord observée par Morgan en 1902, opérant une dilatation urétérale avec hydronéphrose. Young décrit, en 1903, une obstruction complète due à une vésiculite séminale nécessitant une néphro-urétérectomie et un second cas en 1923, constaté au cours d'une opération extra-péritonéale.

Rovsing, en 1908, avait décrit quatre cas de sténoses urétérales provoquées par des tuberculoses génitales. Carson cite lui-même, en 1930, un cas opératoire où des vésicules séminales s'étendaient le long de l'uretère sur une longueur de 2 centimètres et l'obstruaient en l'enserrant par des adhésions fibreuses, et des cas cliniques décrits par Herbst, Von Lietenberg, Mark et Hoffmann, Pugh et Barnett.

Plus près de nous, Cibert, en 1946, expose deux cas :

l'un dans lequel une prostato-vésiculite comprimant l'uretère provoqua un syndrome d'urémie; l'autre où une vésiculite déclencha, par compression urétérale, des crises de coliques néphrétiques. Chevassu montre, à la même époque, une urétéro-pyélographie rétrograde d'une compression urétérale par vésiculite séminale. Et Couvelaire, en 1953, décrit une vésiculite tuberculeuse sténosant l'uretère.

Connaissant ces faits, nous pouvons nous demander si les lésions génitales sont souvent associées à la tuberculose rénale, et si, par le mécanisme des vésiculites en particulier, elles interviennent fréquemment dans les cas d'urétérites terminales.

Nous avons eu l'honneur d'être chargé par notre Maître M. le Professeur Darget, de préciser ces rapports pathologiques à propos de deux cas observés dans la Clinique urologique de l'Hôpital du Tondu.

Notre plan de travail sera le suivant :

— Bref rappel anatomique des vésicules séminales et de leurs rapports avec l'uretère terminal.
— Etude des urétérites tuberculeuses, plus particulièrement centrée sur les urétérites inférieures.
— Etude des vésiculites tuberculeuses.
— Exposé de résultats statistiques.
— Présentation et discussion de deux observations.

Nous essaierons, enfin, de dégager les conclusions au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, résultant des rapports pathologiques de l'uretère terminal avec l'appareil génital interne.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les *vésicules séminales* sont profondément situées dans l'excavation pelvienne, en arrière de la vessie, en avant du rectum, immédiatement au-dessus de la base de la prostate avec laquelle elles sont intimement unies par leur extrémité inférieure.

Leur surface est irrégulière, bosselée, comme une grappe de raisin.

Leur direction généralement oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, est assez variable. Luys et Picker en ont décrit les principaux types : vésicule séminale droite, oblique, horizontale ou bilobée.

Leurs dimensions ne sont pas constantes : leur longueur va de 5 à 11 centimètres, et leur largeur de 15 à 30 millimètres en moyenne. La vésicule droite serait parfois plus volumineuse.

Leur capacité est d'environ 6 cm^3.

Les vésicules séminales sont enveloppées dans une gaine cellulo-musculeuse, formée par un dédoublement de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers.

A l'intérieur de cette gaine, les vésicules séminales formées d'un tube en cæcum, de longueur variable, se présentent avec un canal principal droit ou sinueux, ce qui forme pour Couvelaire et Levey les deux types dominants. Au canal principal droit correspondent une extrémité repliée sur elle-même (vésicule en couteau), ou une vésicule bilobée, ou une vésicule diverticulaire. Au canal principal sinueux, correspondent des diverticules en grains de raisin.

Les *rapports* des vésicules séminales se font, par l'intermédiaire de leur gaine, en avant avec la face postérieure de la vessie, en arrière avec le rectum.

Elles correspondent, en avant, au bas-fond vésical et à une partie du trigone de Lieutaud.

Mais, elles sont séparées de cette face postérieure de la vessie, en haut et en dehors par l'*uretère* qui, ayant traversé la tente de l'artère vésiculo-déférentielle, en passant sous cette artère, s'insinue entre la partie supéro-externe des vésicules séminales et la paroi vésicale. Exceptionnellement, les vésicules séminales peuvent ne pas remonter jusqu'à l'uretère.

De plus, le *canal déférent* vient croiser la face supérieure de l'uretère au moment où celui-ci contourne le bord externe de la vésicule. Ce rapport est assez intime pour que le « décroisement » de ces deux conduits ait constitué un temps spécial au cours de la vaso-vésiculectomie (Villard).

Il faut également noter que l'uretère pénètre, dans cette portion de son trajet viscéral, dans l'atmosphère cellulo-fibreuse « faite de l'emmêlement de la partie périphérique des gaines viscérales de la vessie et des vésicules séminales avec la partie de la gaine hypogastrique qui leur correspond » (Bellocq).

Nous retiendrons de cette brève étude que les rapports intimes de l'uretère et de la vésicule séminale peuvent avoir une incidence pathologique et que les rapports des vésicules séminales et du rectum permettent leur exploration clinique.

LES URETERITES TUBERCULEUSES

L'uretère du rein tuberculeux n'est pratiquement jamais indemne. On peut même dire que c'est parfois l'état de l'uretère qui lève les doutes et oriente le diagnostic alors que l'état du rein est apparemment normal.

Pour Cibert, les lésions de l'uretère apparaissent généralement tôt.

Nous envisagerons successivement le siège de ces lésions, leurs causes, leur symptomatologie habituellement peu marquante, et leur traduction radiologique, en nous attachant plus particulièrement à l'étude de l'uretère inférieur.

I. — *Siège des lésions.*

a) *L'urétérite totale*, transformant l'uretère en un conduit rigide, effaçant ses flexuosités, épaississant et sclérosant ses parois, ou dilatant d'une façon plus ou moins considérable ses tuniques, nous retiendra peu parce qu'elle n'entre pas dans le cadre de notre étude.

b) *L'urétérite partielle segmentaire :* Les trois portions de l'uretère, supérieure, moyenne et inférieure, sont très inégalement touchées. L'atteinte urétérale prédomine aux deux extrémités : près du bassinet et près de la vessie.

La partie moyenne est exceptionnellement lésée.

L'uretère inférieur paraît à beaucoup d'auteurs être le siège de prédilection des lésions. Nous montrerons plus loin, dans l'étude statistique, que l'atteinte de l'uretère inférieur semble, en effet, beaucoup plus fréquente que celle de la jonction pyélo-urétérale.

II. — *Causes des urétérites inférieures.*

Comment expliquer cette localisation basse et souvent élective de l'urétérite ?

a) *Les causes intrinsèques* aboutissant aux urétérites sténosantes ne l'expliquent pas. Ce sont, en effet, des lésions proprement pariétales.

A ce propos, Gouygou a constaté dans ces urétérites inférieures la rareté des lésions spécifiques, folliculaires ou fibro-caséeuses, par opposition à la fréquence considérable des lésions non spécifiques (infiltrats lymphoïdes, vascularites, lymphorragies). Il remarque que le seul phénomène constant est la myosite interstitielle, segmentaire, facteur de sténose localisée. Seule une commande à distance, dit-il, peut expliquer la discontinuité anatomique entre le foyer rénal et le foyer urétéral inférieur, par l'intervention de facteurs non spécifiques, vasculaires ou nerveux, que l'on peut soupçonner histologiquement.

Nous noterons aussi la sclérose d'origine thérapeutique. Les agents chimiques et antibiotiques, la streptomycine, surtout, peuvent, par la cicatrisation rapide des lésions urétérales, être la cause d'un rétrécissement.

b) *Les causes extrinsèques :* Ce sont des causes locales pelviennes, qui ont été invoquées pour expliquer cette atteinte élective de l'uretère inférieur.

La cystite chronique provoque la sclérose du conduit, et Cibert a justement insisté sur l' « intra-murite », facteur de sténose de la portion intra-murale de l'uretère.

Le rôle des lésions génitales chez l'homme, et en particulier l'urétérite de contiguïté par vésiculite, s'inscrit en faveur des causes pelviennes.

Cibert envisage plusieurs autres hypothèses pathogéniques :

— coudure et compression des uretères par déférentite bilatérale;

— sténose urétérale par périvésiculite, les uretères étant noyés dans une gangue de tissu inflammatoire;
— compression urétérale par prostatite.

Il y ajoute l'existence possible de ganglions lymphatiques tuberculisés au niveau du croisement uretère-déférent.

III. — *Symptomatologie clinique.*

Nous constaterons avec Cibert que la traduction clinique des urétérites est beaucoup moins marquante que celle des cystites par exemple.

— Les cas les plus démonstratifs sont ceux où l'urétérite, responsable d'une symptomatologie d'*Hydronéphrose* apparaît comme primitive. Les malades se présentent avec des crises douloureuses du rein et les urines sont souvent claires et exemptes de B.K.

Plus souvent, selon Kuss et Quénu, l'urétérite inférieure vient compliquer des lésions rénales manifestes chez un sujet qui présente des poussées de cystite discrète et dont les urines renferment du pus et des B.K. La douleur, par crise lombaire, symptôme anormal de la tuberculose rénale, doit faire penser chez eux à l'étranglement de l'uretère, à rechercher et localiser la sténose.

— Des crises à tye de *coliques néphrétiques* ont traduit cliniquement une compression urétérale par vésiculite (Cibert, Perrin et Ambard). Des crises semblables ont fait découvrir une urétérite tuberculeuse, sténosante, terminale qui a elle-même, révélé une tuberculose rénale (Moulonguet).

— Des *hématuries* ont été également signalées, accompagnant les crises de coliques néphrétiques (Moulonguet).

IV. — *Le diagnostic radiologique.*

Compte tenu du degré d'incertitude inhérent à l'interférence fonctionnelle, ce qui en rend l'interprétation délicate, c'est le diagnostic radiologique qui paraît le plus concluant.

A. — Les méthodes.

Elles s'adressent :

a) *à l'urographie intraveineuse*, dont l'inconvénient majeur, comme le fait remarquer Cohen, est d'être tributaire du pouvoir de concentration du rein. Or, ce pouvoir de concentration est perturbé par l'hydronéphrose, conséquence fréquente du rétrécissement urétéral.

b) *à l'urétéro-pyélographie rétrograde*, qui est, elle, tributaire de l'état vésical et du degré de perméabilité urétérale.

Il faut donc adopter avec Couvelaire la chronologie suivante : faire d'abord une urétro-cystographie rétrograde pour connaître les possibilités de l'exploration endoscopique (inopérante et dangereuse en cas de petite vessie scléreuse) et pour éliminer formellement la réalité d'un reflux passif ou mictionnel. Pratiquer ensuite une urétéro-pyélographie rétrograde chaque fois que la complaisance vésicale est propice à son exécution.

c) Couvelaire a proposé *la néphrostomie à minima* suivie d'urétérographie descendante, lorsque l'urétéro-pyélographie rétrograde n'est pas réalisable. Cette décision peut être légitimée par les données urographiques.

B. — Les images radiologiques.

D'après Cohen, l'atteinte de l'uretère s'inscrit sur les clichés :

1° Par la diminution de calibre, à rechercher en deux points névralgiques : jonction pyélo-urétérale et jonction urétéro-vésicale.

Arrêt absolu de la colonne opaque avec image de manque.

Effilement du moule urétéral en crayon, en flamme de bougie.

Défilé fin, régulier ou non, parfois tortueux, surmonté d'un uretère plus ou moins dilaté, en queue de radis.

Rétrécissement entre deux segments dilatés, étroits, en ficelle, uniques ou multiples (image moniliforme).

2° Par la dilatation qui la surmonte, intéressant le seul uretère sus-jacent ou la totalité de la voie excrétrice. L'énorme uretère flexueux, comme soufflé, n'appartient qu'à la sténose organique.

3° Par les modifications des bords qui apparaissent irréguliers, finement dentelés, comme vermoulus, constituant un excellent signe d'organicité.

C. — Interprétation des images de sténose.

On peut affirmer l'organicité d'une image de sténose quel que soit son type, dans les cas suivants :

— la sonde ne peut franchir cette sténose;
— au-dessus d'elle apparaissent des signes de surpression nette;
— à son niveau, les bords sont irréguliers, grignotés.

On restera dans l'incertitude quand :

— la sténose est trop régulière, perméable à la sonde;
— elle ne développe pas de distension au-dessus d'elle.

V. — *Traitement des urétérites inférieures sténosantes.*

Dans son étude : *L'uretère du tuberculeux uro-génital*, Cohen montre que ces lésions sont actuellement curables chirurgicalement.

Pour adopter une ligne de conduite thérapeutique, il faut distinguer deux circonstances apparemment opposées :

— l'urétérite, terminale ou non, complique une tuberculose avérée; ce sont les cas les plus fréquents;
— la sténose, le plus souvent inférieure, domine le tableau. Ce sont les cas les plus intéressants.

D'autre part, Couvelaire a attiré l'attention sur la fréquence de la sténose au cours des traitements antibiotiques.

La preuve de l'urétérite tuberculeuse étant faite, nous devons considérer pour la décision thérapeutique :

— le problème parenchymateux, qui décidera de la conservation ou non;
— le problème de l'excrétion, qui fixera la tactique à suivre.

1° Le rein occupe la place dominante : il faudra faire la part de ce qui est détruit, irrécupérable, et de ce qui est distension réversible. Il faut tenir compte des cas où la conservation est imposée par l'état du rein opposé, et des cas où elle est décidée par le caractère limité des lésions.

Les indications de la *néphrectomie* sont donc limitées actuellement.

2° La voie excrétrice va conditionner la tactique à suivre par :

— le caractère des lésions stabilisées ou non par le traitement médical;
— les limites des lésions sur l'uretère;
— l'état de la vessie.

Les indications thérapeutiques, en fonction de toutes ces combinaisons, peuvent être de deux ordres :

— *D'ordre préventif :* Elles visent à s'opposer à la sténose et à sa conséquence, l'hydronéphrose :

— Surveiller la voie excrétrice au cours de tout traitement à la streptomycine ou au P.A.S.;
— Dépister et traiter chez l'homme les lésions génitales profondes, facteurs de péri-urétérite sténosante;
— Traiter la vessie au cours de toute tuberculose rénale;
— Prévenir une compression extrinsèque de l'uretère.

— *D'ordre curatif :* Elles tendent à supprimer la sténose et elles sont dominées par l'état de la vessie.

a) Si la vessie est saine, on a le choix entre plusieurs méthodes suivant la longueur de l'uretère sténosé :

1° Des méthodes endoscopiques : La sonde de modelage surtout, soit par séances de calibrage, soit sonde à demeure. Mais elles exigent un orifice cathétérisable et une urétérite encore perméable.

2° Des méthodes sanglantes :

— La réimplantation endovésicale, valable pour une urétérite strictement terminale.

— L'anastomose, dans les cas de dolicho-uretère couché sur la vessie.

— La section de l'uretère avec urétéro-cysto-anastomose: c'est l'opération de Puigvert, réclamant, outre une vessie indemne ou ne comportant que des lésions localisées au méat inférieur, des lésions limitées tout au plus à 5 centimètres sur l'uretère et stabilisées par le traitement médical.

— La plastie vésicale tubulée : C'est l'opération de Casati et Boari, exigeant une zone d'urétérite terminale ne dépassant pas 8 ou 9 centimètres.

— La plastie intestinale, qui constitue peut-être la méthode d'avenir (Couvelaire).

b) Si la vessie est atteinte, le choix des méthodes est des plus restreints. Seules restent :

— La dérivation cutanée ou intestinale, solution de pis-aller à laquelle les urologues répugnent, et qui constitue une véritable infirmité pour le malade.

— La plastie intestinale, que nous avons citée plus haut.

c) *Traitement des urétérites tuberculeuses sténosantes par sonde modelante à demeure.* — M. le Professeur Darget a exposé récemment, à la Réunion du Collège international des

Chirurgiens, une méthode consistant, après une double urétérotomie, à placer dans l'uretère :

— une sonde dirigée de bas en haut vers les cavités rénales permettant :
  — le drainage de la voie excrétrice;
  — le contrôle par analyses d'urines répétées;
  — l'instillation d'antibiotiques;
— une sonde dirigée de haut en bas vers la vessie, destinée à dilater la partie inférieure de l'uretère, en employant, si nécessaire, une sonde Philips, vissée sur une sonde filiforme conductrice.

Les avantages de cette méthode sont indéniables, parce que :

— c'est un acte opératoire relativement bénin;
— cette technique n'est pas entravée par l'état de la vessie, notamment sa capacité, ou l'état du rein opposé;
— on a la possibilité, après avoir retiré la sonde urétérale inférieure, d'injecter, par la sonde urétérale supérieure, une substance opaque et d'en vérifier radiologiquement l'élimination par la partie terminale de l'uretère et la vessie.

Donc, cette méthode mérite une grande considération.

Elle évitera, dans un certain nombre de cas, des actes chirurgicaux plus importants chez les tuberculeux uro-génitaux fatigués. Elle peut précéder des indications chirurgicales plus lourdes de conséquences qui ne seront posées qu'en dernier ressort.

LES VESICULITES TUBERCULEUSES

La tuberculose des vésicules séminales est rarement primitive. Elle s'observe plus souvent au cours de la tuberculose épididymo-testiculaire, ou au cours d'une cystite tuberculeuse. Elle entre, de ce fait, dans le cadre de la tuberculose uro-génitale.

Les voies d'infection envisagées sont :

— la voie sanguine;
— la voie lymphatique;
— la voie spermatique;
— la voie urinaire.

Le rôle prédisposant d'une infection blennorragique antécédente semble douteux (Luys).

I. — Anatomie pathologique.

Elle a été très bien étudiée par Voelcker et Guelliot.

Ce dernier distingue trois stades dans l'évolution de la maladie :

Premier stade : *Présence de B.K. dans les vésicules.*

C'est la phase de « microbisme latent ». Une seconde phase est constituée par des granulations tuberculeuses situées dans les parois qui tendent à se réunir, formant des petites masses de la grosseur d'une tête d'épingle.

Deuxième stade : *Confluence des tubercules et infiltration caséeuse.*

La vésicule ressemble alors à une masse de circonvolutions congelées,

Troisième stade : *Transformation fibreuse.*

La vésicule forme un organe dur, bosselé, comme « injectée au suif ». Il existe alors, « en arrière de la vessie, en avant du rectum, un placard transversal de tuberculose génitale qui constitue un véritable phlegmon tuberculeux chronique du ligament large masculin » (Chevassu).

II. — *Symptomatologie.*

Les signes fonctionnels se résument en une douleur, parfois passagère, située vers le périnée, inconstante.

Les signes urétraux sont représentés par la goutte urétrale, écoulement muqueux, souvent pris pour de la gonorrhée chronique.

Les signes urinaires ne sont observés que dans la mesure où les manifestations habituelles de la tuberculose uro-génitale sont apparues. L'hématurie, elle, indique la participation pathologique de l'urètre prostatique et de la prostate.

Les signes génitaux se composent d'hémospermies et d'induration nodulaire du canal déférent.

Cette symptomatologie est, en réalité, très peu nette, peut-être sous l'influence des traitements antibiotiques de la tuberculose uro-génitale.

III. — *Diagnostic.*

Le diagnostic clinique se fera :

— *par l'interrogatoire :* il faudra se méfier de la tuberculose quand on ne trouvera pas d'antécédents de blennorragie;

— *par l'examen de l'appareil uro-génital,* qui tendra à rechercher des nodosités tuberculeuses de la prostate ou de l'épididyme, ou bien une tuberculose rénale concomitante;

— *par le toucher rectal :* la surface vésiculaire est noueuse, bosselée, donnant l'impression d'être « injectée au suif ». L'expression vésiculaire est à rejeter;

— *par l'urétroscopie postérieure :* on peut constater la présence de petites granulations au niveau de la fossette prostatique.

Le diagnostic radiologique a été mis au point récemment par Levey, dans sa thèse inaugurale.

1° Technique.

L'injection du contraste peut se faire par trois voies :

a) La voie endoscopique a contre elle la difficulté, voire l'impossibilité, de cathétériser les canaux éjaculateurs. De plus, elle impose la ligature des canaux déférents, vu les cas d'épididymites aiguës, imputables au défaut d'asepsie de cette manœuvre.

b) La voie funiculaire est certainement la voie de choix, et elle est inoffensive.

Les temps en sont bien connus : asepsie, anesthésie locale, courte incision perpendiculaire au trajet du canal. Isolement du canal déférent et incision longitudinale de 1 centimètre ou, quand la ligature s'impose, section du canal et cathétérisme. Mise en place d'une aiguille fine à biseau court et mousse.

c) La voie urétrale spontanée et inopinée : c'est une surprise d'urétrographie rétrograde. Le reflux séminal est, paraît-il, observé chez le tuberculeux urinaire plus souvent que chez tout autre.

2° Images pathologiques dans les spermatocystites tuberculeuses et interprétation.

a) *Anomalies de topographie.* — L'interprétation exige un cliché strictement centré. On peut observer un canal déférent décrivant sa courbe terminale au-delà de la ligne médiane, déjeté par une vésicule hypertrophiée.

b) *Anomalies de morphologie.* — La vésicule séminale pathologique montre :

— des images de distension vésiculaire, difficiles à définir, car il faut tenir compte des distensions par stase ou par viciation endocrinienne et des méga-vésicules congénitales.

Mais les flaques inégales, irrégulièrement disposées, correspondent toutes à des vésiculites tuberculeuses;

— l'absence ou le mauvais remplissage des vésicules séminales est certainement pathologique et relève souvent d'un processus inflammatoire.

Le canal déférent pathologique révèle des sténoses liées aux altérations inflammatoires vésiculaires.

Le reflux urétral traduit la rigidité et la béance de l'urètre postérieur, et serait assez fréquent dans la tuberculose des vésicules séminales.

IV. — *Traitement.*

Le traitement des vésiculites tuberculeuses est surtout envisagé par les méthodes chirurgicales. Young en était déjà, en 1925, un partisan convaincu. Plus récemment, Couvelaire a insisté sur la vésiculectomie dans les vésiculites tuberculeuses, car, dit-il, « la réimplantation urétérale fait ici figure de cache-misère ».

Mais nous devons mettre l'accent sur les difficultés techniques d'une telle intervention. Nous pensons, avec notre Maître, M. le Professeur Darget, que si le problème est relativement simple avec des vésicules séminales d'aspect extérieur normal, il est tout autre lorsqu'un processus inflammatoire modifie non seulement la morphologie des vésicules séminales, mais encore l'état des tissus situés aux abords immédiats de ces organes.

Il ne faut pas, de ce fait, mésestimer les difficultés de cette intervention.

Peut-être la voie ischio-rectale, qui a fait l'objet récemment d'une étude particulière dans la Clinique urologique de l'Hôpital du Tondu, permettra-t-elle de résoudre ce problème plus facilement que les voies inguinale, abdominale ou périnéale ?

Le traitement médical n'est que rarement envisagé dans la littérature.

Nous pensons que l'instillation intradéférentielle d'antibiotiques, et en particulier de streptomycine, mériterait d'être prise en considération et étudiée, car elle ne présente aucune difficulté supplémentaire si, à l'occasion d'une déférento-vésiculographie, on a pris la précaution de placer un fin cathéter dans le canal déférent.

ETUDE STATISTIQUE

Cette étude aura pour but de montrer :

1° la fréquence des lésions génitales dans la tuberculose rénale;

2° l'association aux lésions épididymo-testiculaires de la prostatite et de la vésiculite;

3° l'atteinte urétérale inférieure.

Dans son traité : *La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique*, Cibert prouve la fréquence de l'atteinte génitale en rappelant des statistiques anatomiques et cliniques.

I. — *Statistiques anatomiques.* — Halle et Motz ont trouvé 67 tuberculoses génitales chez 72 tuberculeux rénaux. Guisy a donné les chiffres de 41 sur 86. Saxthorph, sur 131 autopsies de tuberculeux urinaires, a observé 89 lésions génitales.

II. — *Statistiques cliniques.* — Guillon, dans 54 % des cas; Pagès, dans 63,9 % des cas, et Delaye et Lacaux, dans 61,6 % des cas, ont trouvé une tuberculose génitale associée.

Chevassu, sur 100 tuberculeux urinaires, a constaté 67 lésions génitales, dont 57 atteintes de l'épididyme et 13 atteintes de la prostate et des vésicules (à l'exclusion de l'épididyme).

La statistique personnelle de Cibert montre que sur 629 tuberculeux rénaux, 395 avaient eu, avaient ou ont eu une tuberculose génitale, soit 63,7 %.

Chez 28 de ces malades (7,14 %), la tuberculose génitale a fait découvrir une tuberculose rénale latente.

Traitant ensuite de la prostatite et de la vésiculite, parfois de la déférentite, accompagnant les lésions épididymo-testiculaires, Cibert cite les chiffres suivants de :

Legueu, 80 % ;
Young, 88 % ;
Barney, 76 %.

*
* *

Une étude des rétrécissements de l'uretère inférieur a été faite récemment par Dutter dans sa thèse *Contribution à l'étude de l'uretère dans la tuberculose rénale*. Il donne les chiffres suivants : sur 78 atteintes urétérales, il a noté :

— 13 rétrécissements perméables, avec 9 uretères dilatés et 7 rétrécissements du tiers inférieur.

Ces 7 rétrécissements sont accompagnés 6 fois de vessies de capacité normale et partiellement ulcérées, et 2 fois de tuberculose prostato-vésiculaire.

— 3 rétrécissements sténosants : 2 portent sur l'extrémité inférieure de l'uretère. Dans les 3 cas, la vessie est très ulcérée, et il est noté une tuberculose prostato-vésiculaire.

*
* *

Une statistique, faite dans le service de M. le Professeur Darget chez les tuberculeux rénaux hospitalisés entre 1950 et 1954, nous a donné les résultats suivants :

— Sur 63 cas de tuberculose rénale chez la femme, nous avons trouvé 2 rétrécissements de l'uretère inférieur, soit 3,3 % ;

— Sur 71 cas de tuberculose rénale chez l'homme, nous avons noté 9 rétrécissements de l'uretère inférieur, soit 12, 6%.

Ces 9 rétrécissements étaient constatés :

— 6 fois dans des tuberculoses rénales unilatérales. Le rétrécissement portait dans les 6 cas sur l'uretère dépendant du rein malade ;

— 3 fois dans des tuberculoses sur rein restant après néphrectomie du rein opposé.

Nous avons noté également :

— 5 hydronéphroses importantes;

— de la cystite dans tous les cas;

— 3 cas d'atteinte génitale.

*
* *

Nous retiendrons de cette étude que :

— Chez l'homme, près des deux tiers des tuberculoses urinaires sont précédées, accompagnées ou suivies d'une tuberculose génitale;

— Les lésions épididymo-testiculaires sont accompagnées de prostatite, de vésiculite et parfois de déférentite, dans 80 % des cas environ;

— Les rétrécissements de l'uretère prédominent sur le segment inférieur. Ils y sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme et les atteintes génitales s'y associent dans un tiers des cas environ.

OBSERVATIONS

Observation I.

M. D..., âgé de 48 ans, est adressé dans le service d'urologie de l'Hôpital du Tondu, le 10 août 1953, pour cystite et hématuries.

Passé bacillaire important : Atteinte pleurale en 1947, épididymite en 1947 (traitement : Streptomycine), mal de Pott en 1949 avec monoplégie du membre inférieur gauche et abcès froid du psoas.

Depuis le mois de décembre 1952 : Pollakiurie isolée sans dysurie. Au mois de juin 1953 : Hématurie d'apparition brutale, de petite abondance, indolore, terminale. Récidive quatre jours plus tard, avec pyurie manifestement liée à une cystite.

A son entrée : Le malade présente un état général médiocre.

Au toucher rectal : On note la présence d'un noyau dur infiltrant la corne prostatique gauche.

Examens de laboratoire :

— Urémie : 0,47 g.;
— Albuminurie : 0,80 g.;
— Constante d'Ambard : 0,16;
— Elimination de la P. S. P. : 56 %;
— Vernes-résorcine : d. o., 36;
— Vitesse de sédimentation (en une heure : 48 mm.; en deux heures : 62 mm.);
— Analyse cyto-bactériologique des urines : présence de B. K., leucocytes, hématies, cellules vésicales.

Traitement : P. A. S. intraveineux, Rimifon, Chaulfone, Calcium, Stérogyl.

Le 12 août, urographie intra-veineuse : Rein silencieux à droite. Retard de la sécrétion à gauche.

Le 14 août, cystographie : Vessie de bonne capacité, mais irrégulière. Pas de reflux.

Le 25 septembre, urographie intra-veineuse : Rein silencieux à droite. La sécrétion est sensiblement normale à gauche, mais on remarque le gros volume du rein.

Le 10 octobre, le malade est très amélioré par le traitement médical.

Cliché n° 1.

Urétéro-pyélographie rétrograde avec sonde de Chevassu :

— A droite : On maintient sous contrôle cystoscopique la sonde dans le méat urétéral droit, car il est impossible de la faire monter dans l'uretère. Le cliché montre un rétrécissement très serré, tortueux, de la partie terminale de l'uretère droit, avec une grosse dilatation de l'uretère susjacent (cliché n° 1).

— A gauche : Images en boules au niveau du calice inférieur.

Cystographie : Pas de reflux.

Le 22 octobre, urémie : 0,25 g.

Vitesse de sédimentation (en une heure : 70 mm.; en deux heures : 97 mm.).

Vernes-résorcine : d. o., 78,

Analyse d'urine : quelques B. K. à l'examen direct.

Le 27 octobre, analyse d'urine du rein gauche : Leucocytes, hématies, pas de B. K.

Le 6 novembre, analyse d'urine du rein gauche : Quelques rares B. K. à l'examen direct.

Le 16 novembre, déférento-vésiculographie : La vésicule séminale droite ne s'injecte pas, comme s'il existait un obstacle au niveau du croisement urétéro-déférentiel ou une grosse vésicule non perméable. On laisse la sonde intradéférentielle en place, et on injecte pendant cinq jours de la Streptomycine.

Le 9 décembre, *opération* (Prof. Darget) : Néphrectomie droite; incision classique, prolongée vers le bas. On tombe sur une atmosphère périrénale très fortement infiltrée de tissu adipeux, et très adhérente. Pédicule rénal très court. On peut pratiquer cependant une section première de ce pédicule entre deux ligatures.

Le dégagement de l'uretère montre que celui-ci est très épaissi et inextensible. Il est donc nécessaire de se contenter de le sectionner dans la profondeur.

Suites opératoires simples.

Le 19 janvier, urographie intra-veineuse : Bonne sécrétion à gauche.

Le 21 janvier, cystographie : Vessie de bonne capacité; incisure vésicale à droite. Pas de reflux.

Le malade quitte le service et revient pour contrôle au mois de mars.

Excellent état général. Reprise de poids de 8 kilos depuis l'opération; cicatrice nette.

Urines claires. Persistance d'une pollakiurie nocturne (4 à 5 mictions) et diurne (mictions toutes les deux heures).

Le 9 mars, urographie intraveineuse : La sécrétion est normale à gauche.

Le 15 mars, pyélographie gauche : Amélioration des images du calice inférieur. Gros rein. Le malade quitte le service et doit revenir pour contrôle.

Discussion.

Cette observation nous présente un malade dont le passé bacillaire important comporte une épididymite.

Les signes cliniques consistent en cystite et hématuries.

Le toucher rectal révèle une corne prostatique dure et infiltrée.

Les examens radiologiques permettent de constater un rein droit silencieux et un rétrécissement très serré de l'uretère terminal droit.

Une déférento-vésiculographie laisse présumer d'une vésiculite.

Après traitement médical, on pratique une néphrectomie et l'uretère épaissi et inextensible est lié dans la profondeur.

On revoit le malade, trois mois plus tard, nettement amélioré.

Du point de vue diagnostic, il fallait prouver :

— La tuberculose urinaire : Les examens cliniques, radiologiques et cyto-bactériologiques n'ont pas laissé de doute;

— La tuberculose génitale : Les antécédents d'épididymite tuberculeuse, le toucher rectal et la déférento-vésiculographie posaient une forte présomption d'atteinte tuberculeuse de l'appareil génital profond;

— L'étiologie vésiculaire de l'image radiographique de sténose : En effet, cette image peut être en faveur d'une lésion pariétale. Mais ceci n'exclut pas la possibilité d'association de deux mécanismes : la lésion pariétale et la compression par vésiculite.

Du point de vue thérapeutique, le problème a été résolu par la néphrectomie, car le rein avait perdu toute valeur fonctionnelle.

Du point de vue pronostic : chez ce malade, l'appareil géni-

tal devra faire l'objet d'examens périodiques et réguliers. On devra surveiller également le rein gauche, dont l'intégrité fonctionnelle est primordiale.

Observation II.

M. M..., âgé de 44 ans, est adressé dans le service d'urologie de l'Hôpital du Tondu le 21 septembre 1953, pour syndrome douloureux de la fosse lombaire gauche.

Ce malade a présenté, en 1940, un syndrome identique qui a duré onze jours avec hématuries, et en 1950, le même syndrome, qui a duré cinq jours, accompagné également d'hématuries.

Le 19 septembre, apparition d'une douleur de la fosse lombaire gauche, s'accentuant, avec irradiations basses et antérieures, accompagnée de dysurie, oligurie et hématuries. Vomissements.

A son entrée : Bon état général.

Douleur à la palpation de la fosse lombaire gauche. Météorisme abdominal; urines foncées peu abondantes.

Examens de laboratoire :

— Urémie : 0,43 g.;

— Albuminurie : 0,10 g.;

— Formule sanguine : légère anémie, lymphocytose.

Le 25 septembre, urographie intraveineuse : Sécrétion normale à droite; silence rénal à gauche.

Le 29 septembre, devant l'impossibilité de monter aucune sonde urétérale à gauche, on pratique un urétéro-pyélographie rétrograde gauche avec sonde de Chevassu : L'uretère gauche ne s'injecte pas. On conclut à une sténose de la partie terminale (Cliché n° 2).

Le 3 octobre, pyélographie gazeuse : Pas de calcul visible sur le trajet de l'uretère gauche.

Le 8 octobre, urographie intraveineuse : Sans changement.

Le 14 octobre, opération (Prof. Lange) : Incision abdominale sur la projection de l'uretère. Tentative de libération extrapéri-

tonéale de l'uretère gauche jusqu'à la vessie. On tombe rapidement sur une gangue scléro-lipomateuse associée à du tissu pseudo-caséeux, étreignant l'uretère sur un trajet rétro-vésical

Cliché n° 2.

de quelques centimètres. On libère celui-ci aussi loin que possible. La mise en place peropératoire d'une sonde urétérale n° 13, montée par voie endoscopique, devient aussitôt possible. On la laisse pour modelage pendant quinze jours.

Suites opératoires simples (Streptomycine, Pénicilline).

Le 19 octobre, taux d'urée urinaire : Rein droit, 35 g.; rein gauche, 25,5 g.

Le 16 novembre, urographie intraveineuse : Sécrétion normale du rein droit; sécrétion sensiblement normale du rein gauche

Cliché n° 3.

On note une légère dilatation des cavités. Pas d'image suspecte.

Le 2 décembre, urétéro-pyélographie rétrograde gauche avec sonde de Chevassu : L'uretère gauche s'injecte normalement. La

partie inférieure est nettement perméable. L'uretère au-dessus est de calibre normal (Cliché n° 3).

Le malade quitte le service.

Discussion.

Cette observation nous présente un malade dont les antécédents font penser à une lithiase urinaire.

Le tableau clinique comporte des douleurs à type de coliques néphrétiques et des hématuries.

L'examen physique ne révèle rien de précis.

Les examens radiologiques mettent en évidence un rein gauche silencieux et une sténose de la partie terminale de l'uretère gauche. Ils éliminent la possibilité de calculs de l'uretère.

La découverte opératoire de l'uretère terminal montre qu'il est englobé dans une gangue dure, qui ne permet pas de le libérer en totalité.

La mise en place d'une sonde urétérale, par voie endoscopique peropératoire, donne d'excellents résultats, puisque la secrétion rénale gauche se rétablit.

Le diagnostic de tuberculose uro-génitale n'a pas pu être posé de façon formelle, de même que l'origine vésiculaire de la sténose.

La thérapeutique a consisté en une dilatation par sonde modelante et s'est avérée efficace.

Le pronostic semble excellent, mais on devra surveiller la valeur fonctionnelle du rein gauche.

Parallèle entre les deux cas examinés.

Ces deux cas nous ont montré un même phénomène : l'exclusion rénale par sténose urétérale inférieure.

Mais, dans le premier cas, la nature tuberculeuse et la participation vésiculaire ont pu être mises en évidence. Le second cas, au contraire, devra faire l'objet d'examens ultérieurs.

La thérapeutique était tributaire de la valeur de la fonction rénale :

— La perte définitive de cette fonction, dans le premier cas, a conduit à la néphrectomie;

— Dans le second cas, une dilatation de l'uretère inférieur a pu préserver le rein d'une exclusion fonctionnelle totale.

CONCLUSIONS

I. — L'urétérite tuberculeuse sténosante est un *diagnostic* actuellement fréquemment posé, et il est très utile d'en préciser l'étiologie : la spermatocystite tuberculeuse nous paraît être, dans ce cadre étiologique, d'une importance non négligeable.

Il faudra s'attacher à la détecter par l'examen clinique, et, éventuellement, par l'examen radiologique. La meilleure méthode d'examen radiographique semble être l'association, dans un même temps, d'une déférento-vésiculographie et d'une urétéro-pyélographie rétrograde avec sonde de Chevassu.

II. — La présence d'une vésiculite tuberculeuse est d'un intérêt indéniable quant au *pronostic*, car elle complique la thérapeutique et réalise un foyer supplémentaire, lourd de conséquences pour la voie excrétrice et, par là même, pour la fonction rénale.

III. — La *thérapeutique chirurgicale* des sténoses urétérales inférieures nécessitant un abord immédiat de l'uretère inférieur, peut être rendue difficile par la vésiculite.

La méthode des deux sondes urétérales, assurant à la fois le drainage des voies excrétrices et la dilatation de l'uretère inférieur, doit être appliquée plus souvent avant d'envisager des actes chirurgicaux plus graves.

La voie ischio-rectale doit pouvoir permettre de reconsi-

dérer la chirurgie de la vésicule séminale, un peu en défaveur actuellement.

La *thérapeutique médicale*, par action *in situ* d'antibiotiques, permettra peut-être de traiter la spermatocystite tuberculeuse.

Elle mériterait d'être envisagée avant toute autre thérapeutique chirurgicale.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Pour le Doyen,
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DARGET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1954.
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
G. BRUS.

BIBLIOGRAPHIE

(Pour la bibliographie ancienne, voir Chauvin, *Maladie des vésicules séminales*, et Dutter, thèse.)

Ascoli (R.). — Patologia delle vesicole seminali e delle vie spermatichi inferiori. Analyse *Journ. d'urol.*, 1934, 37, 189.

Bellocq (P.). — Anatomie médico-chirurgicale. Masson et Cie, Paris, 1952.

Bétous. — Des urétérites et péri-urétérites à tendance oblitérante consécutives à l'hypertrophie de la prostate. Thèse Bordeaux, 1923.

Bradfield (E. O.). — Bilateral obstruction due to envelopment and a compression by an inflammatory retroperitoneal process. *The Journ. of Urol.*, 1953, 69, n° 6, 769.

Carson (W. J.). — Ureteral obstruction due to seminal vesiculitis. *Ann. Surg.*, 1932, 96.

Chauvin (E.). — Maladies des vésicules séminales. Maloine, Paris, 1930.

Chevassu (M.). — Urétéro-pyélographie rétrograde d'une compression urétérale par vésiculite séminale. *Journ. d'urol.*, 1946-1947, 53, III.

Chiaudano. — Traitement des vésiculites par voie endoscopique. *Journal d'urol.*, 1937, 44, 447.

Cibert (J.). — La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique. Masson et Cie, Paris, 1946.

Cibert (J.), Cavailher (H.), Durand (L.) et Dubois (J.). — Valeur de l'anastomose latéro-latérale urétéro-vésicale dans le traitement du méga-uretère et des rétrécissements de l'extrémité inférieure de l'uretère. *Journ. d'urol.*, 1952, 58, 871-885.

Cibert (J.) et Durand (L.). — Urémie par prostato-vésiculite. Conséquences pathologiques des rapports de l'uretère avec l'appareil génital interne chez l'homme. *Journ. d'urol.*, 1950, 56, 900-902.

Cibert (J.), Perrin (J.) et Ambard (D.). — Coliques néphrétiques par vésiculite. Conséquences pathologiques des rapports de l'uretère avec l'appareil génital interne. *Journ. d'urol.*, 1946-1947, 53, 57-60.

Cohen (E.). — L'uretère du tuberculeux uro-génital. *Journ. d'urol.*, 1953, 59, 511-521.

Couvelaire (R.) et Levey (C.). — Sur la déférento-vésiculographie en exploration génito-urinaire. *Journ. d'urol.*, 1953, 59, 447-469.

Couvelaire (R.), Magder (E.), Debray (J.-R.) et Gros-Decam (A.). — Documents sur les sténoses de l'uretère du tuberculeux. Incidences radiologiques et thérapeutiques. *Journ. d'urol.*, 1952, 58, 612-657.

Darget (R.) et Ballanger (R.). —Les urétérites sténosantes tuberculeuses. Leur traitement par sonde modelante à demeure. Réunion du Collège international des Chirurgiens, Turin, 2-3 juin 1954.

De Castelmur. — La voie d'abord ischio-rectale et son application dans la chirurgie génito-urinaire. Thèse Bordeaux, 1954.

Dutter (E.). — Contribution à l'étude de l'uretère dans la tuberculose rénale. Thèse Paris, 1952.

Duvergey (J.). — Les rétrécissements de l'uretère. Rapport au XXVIII[e] Congr. de l'Assoc. franç. d'Urol., Paris, oct. 1928.

Fey (B.). — L'urographie intraveineuse dans la tuberculose rénale *Journ. d'Urol.*, 1941, 49, 481.

— Indications respectives du traitement médical et chirurgical des tuberculoses uro-génitales. *Journ. d'urol.*, 1951, 57, 767-771.

Gouygou (Ch.). — Lésions élémentaires de l'uretère inférieur au cours de la tuberculose rénale. *Presse médicale*, 1952, 60, n° 75, 1614.

Gouygou (C.) (en collaboration avec B. Fey et L. Quénu). — L'opération de Puigvert dans les urétérites inférieures au cours de la tuberculose uro-génitale. *Presse médicale*, 60, n° 62, 1952, 1328.

Irazu (J.). — Tuberculosis genital en el hombre. Thèse Buenos-Aires, 1937.

Kuss (R.). — Sur les résections de sténoses de l'uretère au cours de la tuberculose uro-génitale. *Journ. d'urol.*, 1952, 58, 886-891.

Kuss (R.) et Quénu (L.). — Tuberculose rénale. Urétérite segmentaire. Vessie saine : Nouvelle orientation thérapeutique. *Presse médicale*, 1953, 61, n° 10, 191-192.

Luys (G.). — Maladies des vésicules séminales. Doin, Paris, 1930.

Marion (G.). — Traité d'urologie. 2 vol., Masson, Paris, 1921.

Moulonguet (M.-P.). — Urétérite tuberculeuse sténosante terminale révélant une tuberculose rénale. *Journ .d'urol.*, 1943, 51, 128-129.

Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale. 6 vol., Masson, Paris, 1947.

Obrant (O.). — Semen analysis in cases of tuberculous prostato-vesiculitis; importance for indications of prophylactic vasectomy. *Brit. Journ. Urol.*, 1951, 23, 46-51.

Patel (M.), Creyssel (J.), Dargent (M.). — Précis d'anatomie médico-chirurgicale. Maloine, Paris, 1952.

Puigvert (A.). — Urétérotomie avec urétéro-cysto-anastomose dans les sténoses urétérales inférieures tuberculeuses. *Journ. d'urol.*, 1951, 57, 531-546.

Testut (L.) et Latarget (A.). — Traité d'anatomie humaine.

Uberlhor (R.). — Anastomose urétéro-vésicale dans la tuberculose sténosante de l'uretère. *Zeitschr. für Urol.*, 1951, 44, 164-167.

Uhlir (K.). — Le rétrécissement aigu de l'uretère au cours du traitement de la tuberculose rénale par la streptomycine. *Journ. d'urol.*, 1950, 56, 685.

(Dépôt légal effectué en 1954 (3e trimestre).

26986 — Imprimeries DELMAS, Bordeaux (31.0192). — 1954.